

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 28 JUIN 2018
BRS/F/18-007**

Concerne : **Monsieur A.**
Médecin - spécialiste en gynécologie-obstétrique
BRS/F/18-007

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1. GRIEF FORMULE

Un grief a été formulé concernant le Docteur A. suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché d'**avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies.**

Infraction visée à l'art 73 bis 1° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Facturation en tiers-payant.

Base légale

Nomenclature des soins de santé, art 2, 3 §1^{er} A, 9, 11 §1^{er}, 14 d), 17 quater §1

Prestations en cause

102012 Consultation au cabinet par un médecin spécialiste

113131 113142 Incision d'abcès du périnée K 6

144034 144045 Injections intraparamétriales ou intracervicales K 6

149030 149041 * Implantation hormonale K 10

126814 126825 Examen microscopique de pus, d'exsudats, d'expectorations, de liquides de ponction, de sperme avec ou sans coloration simple B 70

424056 424060 Cardiotocographie anténatale (à l'exclusion des cardiotocographies effectuées le jour de l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-fœtal, de l'intensité et de la fréquence des contractions, d'une durée minimale d'une demi-heure, avec protocole et extraits des tracés, par jour K 25

353231 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 26,47

244613 244624 ° Cure radicale des végétations dermiques N 50

431535 431546 Dilatation du col utérin, sous narcose, intervention isolée K 30

431955 431966 ** Colposcopie microscopique K 10

432110 432121 ° Prélèvement par pince d'un fragment du col et/ou électrocoagulation K 6

432132 432143 ° Prélèvement de fragment d'endomètre en vue d'un examen anatomopathologique K 8

469291 469302 Echographie du petit bassin, quelle que soit la voie d'accès, quelle que soit la sonde, avec ou sans examen duplex couleur des vaisseaux sanguins pelviens, réservée aux gynécologues N 40

469394 469405 D'un ou des deux seins N 30

469291 469302 Echographie du petit bassin, quelle que soit la voie d'accès, quelle que soit la sonde, avec ou sans examen duplex couleur des vaisseaux sanguins pelviens, réservée aux gynécologues N 40

469394 469405 D'un ou des deux seins N 30

Le grief concerne 6 assurées.

Le montant indu total s'élève à **3.916,32 €** (au lieu de 4230,18 € dans le PVC) **pour 207** (au lieu de 209 dans le PVC) **prestations non effectuées** pour la période allant du 02/12/2014 au 22/06/2016 inclus et introduites au remboursement entre le 24/02/2015 et le 25/07/2016 inclus.

2. DISCUSSION

1. Quant au fond

L'analyse des données informatiques évoquait un nombre anormal de consultations et d'examen techniques, réalisés chez les assurées.

Le Service déplore, tout d'abord, que le Docteur A. ne se soit présenté à aucun des trois rendez-vous qui lui avaient été proposés pour l'auditionner et ensuite, qu'il n'ait répondu à aucun courrier.

Vu l'absence totale de contribution du prestataire à l'enquête, le grief a été formulé sur base des déclarations de 7 assurées. Seuls les cas de 6 assurées seront finalement retenus, les prestations concernant la 7^{ème} assurée étant prescrites lors de la rédaction du Procès-Verbal de Constat.

Afin de déterminer l'indu par assurée, un relevé des prestations introduites au remboursement a été établi, dont a été déduit le nombre de consultations et d'actes techniques, tels que décrits par les patientes.

Il faut préciser que les assurées auditionnées n'ont décrit aucune prestation correspondant aux codes qualifiés dans l'analyse du profil du prestataire de « particuliers ». Ces codes au P100 comme « incision d'abcès », injections ou ablations diverses correspondent à des gestes techniques marquants, dont il est peu probable que les patientes ne puissent conserver aucun souvenir.

Il ressort donc de l'analyse des données informatiques et des déclarations des assurées que le grief est établi.

2. Quant à l'indu

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 3.916,32 €.

Le Docteur A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

3. Quant aux amendes administratives

3.1. Législation applicable

Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 octobre 2016. En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, les sanctions applicables sont celles visées à l'article 142, §1, 1^o de la loi ASSI qui stipule:

« §1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis:

1^o le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1^o».

3.2. Quant au montant des amendes administratives

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge du Docteur A.

D'une part, le Docteur A. a porté en compte, à l'assurance obligatoire soins de santé, des prestations qui n'ont pas été effectuées. Cette infraction est la plus grave qui puisse être reprochée à un dispensateur de soins.

Ce comportement est inacceptable dans le chef d'un dispensateur de soins, habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire.

Les responsabilités que les dispensateurs de soins assument, dans ce cadre, justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité, qui ont fait défaut, en l'espèce.

Ce comportement est également inexcusable au regard de la formation et de l'expérience professionnelle du Docteur A.

Les agissements du Docteur A. sont, non seulement, de nature à miner l'équilibre financier de l'assurance obligatoire mais également de nature à ébranler la confiance légitime que les assurés sociaux et la collectivité, dans son ensemble, accordent aux dispensateurs de soins.

Le montant indu, qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 3. 916,32 €, n'est pas négligeable.

Il n'a, jusqu'à présent, pas été remboursé.

D'autre part, le Docteur A. il n'a pas d'antécédents au sein du Service.

En tenant compte de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant a décidé d'infliger une amende de 150% pour le grief reproché au Docteur A., soit une amende effective de 5.874,48 €.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare le grief établi ;
- Condamne le Docteur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 3.916,32 € ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende effective de 150% du montant de l'indu, soit 5.874,48 € ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 28/06/2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Jo Maebe
Médecin-directeur général f.f.